

初診問診票

ID:

平成 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所 〒	自宅電話	
	携帯電話	
フリガナ *未成年者の方 保護者のお名前()、携帯電話()	身長	cm / 体重 kg
当院を何でお知りになりましたか？ ・インターネット ・近所なので ・看板 ・知人からの紹介(紹介者:) ・その他()		

① 症状のある部位はどこですか？

⇒右図に○して下さい

② どのような症状で来院されましたか？

・痛い ・しびれる ・腫れ ・動きにくい
・その他()

③ いつごろから症状は出てきましたか？

(年 月 日) から

④ 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

・転倒 ・交通事故 ・仕事中 ・スポーツ
・特に原因なし ・その他()

⑤ 今回の症状で他の医療機関を受診していれば お答えください。

() 病院・医院

⑥ 現在治療中の病気があればお答えください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病(狭心症・不整脈など)
・脳梗塞 ・腎臓病 ・喘息 ・胃潰瘍 ・痛風 ・その他()

⑦ 現在内服中の薬(有・無)

⑧ 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。

(病名・手術名: いつ頃:)

(病名・手術名: いつ頃:)

⑨ 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

・ある:() ・ない

⑩ 趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。

種類() 頻度(回/週・月)

⑪ 現在、お仕事はされていますか？

・はい (内容:デスクワーク 営業 立ち仕事 その他:) ・いいえ

⑫ 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？

・はい ・いいえ

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

※ 介護保険を使って介護サービスやリハビリをおこなっている場合はお知らせください

